



Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria



Via Venezia, 16 – 15121 ALESSANDRIA
Tel. 0131/206111 – www.ospedale.al.it
info@ospedale.al.it
asolessandria@pec.ospedale.al.it (solo certificata)

C.F. – P.I. 01640560064

BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE PIEMONTE N° 39 DEL 1° OTTOBRE 2015

SCADENZA: 16 OTTOBRE 2015

AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO A N. 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE(COD. n°22/2015).

Da assegnare a Struttura che assicura attività sanitaria a copertura delle 24 ore.

In esecuzione della deliberazione del direttore generale n° 638 del 22 settembre 2015, è indetta la procedura di conferimento di incarico a tempo determinato, per titoli e colloquio, dei seguenti posti:

RUOLO SANITARIO

PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICO

N. 2 UNITÀ DIRIGENTE MEDICO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE (Artt. 1 e 24 D.P.R. 10.12.1997 n°483)

- laurea in medicina e chirurgia;
- specializzazione nella disciplina oggetto del concorso equipollente ai sensi dei DM 30/01/1998;
- iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici – Chirurgi, autocertificata indicando tutti gli elementi identificativi ed in particolare: la sede dell'Ordine di appartenenza, il n° di iscrizione e la decorrenza della stessa.
L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso per la presentazione della domanda di ammissione.

Il difetto anche di uno solo dei requisiti prescritti comporta la non ammissione alla selezione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE (Artt. 2 e 3 D.P.R. n° 483/97)

Le domande di ammissione alla selezione, redatte in carta semplice, secondo lo schema allegato (All. A) al bando, che costituisce di per sé dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, **dovranno pervenire, entro il termine perentorio di giorni 15**, naturali e successivi alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, con **raccomandata con avviso di ricevimento** (non farà fede il timbro dell'ufficio postale accettante), al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Via Venezia n° 16 - 15121 Alessandria oppure mediante trasmissione in formato .pdf di tutta la documentazione richiesta dal presente avviso attraverso **posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo personale@pec.ospedale.al.it, oppure **con consegna a mano** presso l'**Ufficio Protocollo generale** dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" – con sede in via S. Caterina da Siena n. 30 – 15121 Alessandria, esclusivamente nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 12,00 (esclusi eventuali giorni festivi infrasettimanali);

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La domanda, il *curriculum vitae* e le eventuali dichiarazioni sostitutive dovranno riportare la firma estesa e leggibile, apposta in **originale** sui documenti da allegare in .pdf.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione.

Gli interessati sotto la propria responsabilità devono espressamente indicare:

- cognome e nome;
- luogo e data di nascita;
- residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate; in caso negativo dichiarare espressamente di non averne riportate;

7. i titoli di studio posseduti, con l'indicazione della data, della sede e della denominazione completa dell'Istituto o degli Istituti in cui i titoli sono stati conseguiti; (nel caso di conseguimento all'estero, gli estremi del provvedimento del Ministero della Salute con il quale ne è stato disposto il riconoscimento in Italia);
8. la posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soggetti nati entro il 1985);
9. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego. In caso negativo dichiarare espressamente di non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni;
10. di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/1994 (indicare la categoria di appartenenza); omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria;
11. l'autorizzazione (ALL. B) alla richiesta del certificato penale del casellario giudiziale di cui al d.lgs. 39/2014 al fine di verificare l'esistenza di condanne per reati contro i minori;
12. il possesso dei requisiti specifici per l'ammissione alla selezione;
13. l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30.06.2003 n° 196 finalizzata agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.
14. il domicilio (ed eventuale n° telefonico, mail preferibilmente PEC) presso il quale dovrà essere inviata ogni eventuale comunicazione inerente la selezione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata nella domanda di ammissione. I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all' Azienda Ospedaliera.

La domanda dovrà essere sottoscritta in originale, pena l'inammissibilità dell'aspirante.

Ai sensi dell'art. 20 della L. 05.02.1992, n° 104, i candidati portatori di *handicap* hanno la facoltà di indicare nella domanda di partecipazione, l'ausilio necessario in relazione al proprio *handicap*, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova.

L'amministrazione declina, sin d'ora, ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

I titoli non autocertificabili (es. corsi, congressi, conferenze..) possono essere prodotti in originale, ovvero allegati in fotocopia alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art 47 del D.P.R. n° 445/2000 nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà è peraltro possibile comprovare la conformità all'originale della copia di titoli di studio o di servizio o di altro documento (artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Le dichiarazioni sostitutive rese dai candidati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 do vranno

contenere tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione; dichiarazioni carenti in tutto o in parte di tali

elementi potranno determinare l'esclusione dalla valutazione.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà è presentata unitamente ad una copia fotostatica non

autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

E' riservata a questa Amministrazione la facoltà di richiedere integrazioni, rettifiche e regolarizzazioni di documenti che saranno legittimamente attuabili e necessarie.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale o in copia tratta dagli originali pubblicati (dichiarata conforme all'originale dal candidato). Per coloro che si avvarranno dell'invio tramite posta elettronica certificata le pubblicazioni dovranno essere allegate in formato *.pdf*.

Si precisa che, ai fini della valutazione della specializzazione, è richiesta l'indicazione della normativa in base alla quale è stata conseguita (d. lgs 08.08.1991, n° 257, d. lgs. 17/08/1999 n° 368), la data di conseguimento, la durata in anni accademici, nonché l'indicazione completa dell'università che ha rilasciato il titolo.

Si precisa, inoltre, che, ai fini della valutazione del servizio militare, l'unico documento valido è il foglio matricolare/stato di servizio militare, ai sensi della legge n° 958/86 ovvero idonea autocertificazione contenente tutti gli estremi per una corretta valutazione.

Le omesse o incomplete presentazioni di documenti o dichiarazioni non permetteranno l'assegnazione di alcun punteggio.

PROVA DI SELEZIONE

Il colloquio (punti 50) verterà sulla disciplina oggetto della selezione.

La graduatoria sarà formulata da apposito Collegio Tecnico composto da:

Presidente: il Dirigente Medico nella disciplina, preposto alla struttura;

Componenti: due dirigenti medici appartenenti al profilo e alla disciplina oggetto della selezione designati dal Direttore del Dipartimento;

Segretario: un funzionario amministrativo dell'Azienda Ospedaliera.

La graduatoria sarà formulata sulla base dell'esito del colloquio e dei titoli prodotti da valutarsi secondo i criteri previsti dal D.P.R. 483/97.

L'incarico attribuito sarà conferito al vincitore della selezione per un periodo di mesi dodici.

DIARIO D'ESAME

Il colloquio avrà luogo il giorno **mercoledì 28 ottobre 2015 alle ore 14,30** presso l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" – Aula didattica - piano terra - Via S. Caterina da Siena n°30 - Alessandria.

La pubblicazione del diario di esame sul presente avviso assolve, a tutti gli effetti, il valore di notifica.

Si precisa che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura selettiva (ammissione/esclusione dei candidati, esito colloquio) saranno diffuse unicamente sul sito web aziendale all'indirizzo www.ospedale.al.it sezione "Lavora con noi" – Albo on line – Concorsi, avvisi e incarichi e avranno valore ufficiale di notifica; non sarà inviata alcuna altra raccomandata all'indirizzo indicato sulla domanda di partecipazione.

I candidati, dovranno presentarsi al colloquio muniti di valido documento di identità: coloro che non si presenteranno all'ora, nel giorno e nel luogo sopra indicati saranno considerati rinunciatari alla selezione.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla S.C. Gestione e Sviluppo del Personale - Via S. Caterina n° 30, Alessandria - Tel.0131/206764 – 206728.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Giovanna BARALDI)

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Ospedaliera Nazionale
"SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"
Via Venezia, 16
15121 ALESSANDRIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____
residente in _____
Prov. _____ via _____ n° _____ CAP _____,

rivolge istanza di partecipazione all'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico a n° 2 posti di Dirigente Medico di **ANESTESIA E RIANIMAZIONE (Cod. n° 22/2015)**.

Da assegnare a Struttura che assicura attività sanitaria a copertura delle 24 ore.

Consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. decadrà dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, dichiara sotto la sua personale responsabilità

- di essere nato/a a _____
prov. _____ il _____;
- di risiedere a _____
prov. _____ via _____;
- di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
(ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);
- di aver/non aver riportato le seguenti condanne penali _____
(da indicarsi anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono - ovvero gli eventuali carichi pendenti);
- di essere/non essere interessato/a da procedimenti penali in corso;
- di essere in possesso del diploma di laurea in _____;
- di essere in possesso della specializzazione in _____
conseguita presso _____ in data _____
ai sensi del ☐ d. lgs 08.08.1991, n° 257 oppure del ☐ d. lgs. 17/08/1999 n° 368;
- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____
a decorrere dal _____ al _____
n° _____;

- di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari

_____;

- di ☐ non aver mai prestato attività presso la Pubblica Amministrazione oppure
☐ aver prestato presso la Pubblica Amministrazione i servizi sotto elencati, dettagliando le eventuali cause di cessazione (ripetere il riquadro sottostante, punti da a) a g), per ogni servizio prestato presso PA):

- a) Azienda/Ente _____
specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato _____

b) dal (gg/mm/aaaa): _____ al (gg/mm/aaaa oppure a tutt'oggi) _____

c) qualifica _____ disciplina _____

d) con contratto a tempo determinato / indeterminato : _____

e) eventuale causa di cessazione _____

f) che tale periodo è stato interrotto dal (gg/mm/aaaa): _____ al (gg/mm/aaaa) _____

a causa di ☐ aspettativa _____

oppure ☐ congedo _____

g) che: ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art 46 DPR n° 761/1979
oppure ☐ ricorrono con la seguente riduzione _____.

- di aver partecipato a n° _____ corsi (1) che si allegano in fotocopia e che sono conformi all'originale;

- di aver diritto alla precedenza o alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art.5 del D.P.R 487/1994
in _____ quanto _____ appartenente _____ alla _____ seguente categoria _____
(omettere tale dichiarazione in caso di non appartenenza ad alcuna categoria di cui all'art. 5 del D.P.R. 487/1994);

- che il domicilio presso il quale dovranno essere inviate eventuali comunicazioni relative al concorso è:
(cognome, nome, indirizzo, città, telefono, e-mail preferibilmente PEC)

Si allega copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti dall'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene rilasciata.

Data

Firma
(per esteso)

(Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alla presente dichiarazione una fotocopia semplice di certificati e dei titoli oggetto della stessa nonché una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

- 1) Qualora l'interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà, comunque, allegare le fotocopie degli attestati in cui siano indicati l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditor o relatore e se era previsto un esame finale.

ALL. B: richiesta certificato penale

All'Azienda Ospedaliera
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____
il _____
residente nel comune di _____
c.a.p. _____ via _____
domiciliato (se diverso dalla residenza) _____

autorizza

l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", ai sensi del D.Lgs. 39/2014, a richiedere, in caso di assunzione, il certificato penale del casellario giudiziale di cui all'art. 25 bis del D.P.R. 14/11/2002, n. 313, al fine di verificare l'esistenza di condanne per reati contro i minori (artt. 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies c.p.).

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati forniti saranno trattati esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni relative al rapporto di lavoro e di quelli connessi agli oneri fiscali e previdenziali secondo quanto disposto sia dalla legislazione vigente in materia, sia dai contratti collettivi nazionali di lavoro ed integrativi aziendali.

Alessandria, _____
